

北欧、イタリアでの 精神保健福祉・教育文化の取り組みをたずねて

小 林 繁

はじめに

障害をもつ人の学習・文化支援においては、地域での生活支援や就労支援と連携しながら豊かな人と人との関係をどうつくり上げていくかが重要となるわけであるが、とりわけ精神障害をもつ人にとっては大きな課題となっている。それはすなわち、様々なプログラムを通して言葉の回復を中心とした豊かで多様なコミュニケーションの力を引き出し、自立的な生活を創造していく課題であるということができる。そのためには、当事者へのエンパワーメントの支援が不可欠であり、同時に安心できる居場所などを提供していく取り組みが求められるのである。

とりわけ精神障害の場合、他の障害に比べ独自の困難な問題としてあげられるのが、精神疾患と障害とが併存しているために、医療と福祉の両方の領域にまたがってその対応が求められるという点である。厚生労働省の調査によると、現在 300 万人を優に超えるといわれている精神に障害をもつ人の中で、精神科病院等に入院している人は 30 万人以上にものぼるが、その中でも退院可能な人は約 7 万人といわれている。こうした人々の多くは「社会的入院」と呼ばれ、退院しても現実に地域で生活できないがゆえに結果として入院を強いられているのが現状である。また筆者の調査でも、地域で生活をしている精神障害をもつ人は、他の障害に比べても社会的孤立感や疎外感が深く、それゆえ地域の人と交流したり活動するということが少ないという結果が出ている。（このことについては詳しくは、拙著『障害をもつ人の学習権保障とノーマライゼーションの課題』れんが書房新社、2010 年、を参照）その意味で、精神障害をもつ人に必要とされるのが福祉的サポートであり、それが地域生活支援システムの構築という課題に集約される。

そうした課題に対応するため、コミュニケーションの方法や生活の中で必要とされる様々な知識・技術等を身につける目的で行われる SST（Social Skill Training の略）、レクリエーションや料理、文化活動、交流と話し合いなどを行うデイケアは病院や保健所、地域活動支援センターなどを中心に実施されている。

そのような中で、生活および就労保障と並んで、いわゆるノーマライゼーションの理念にそって、精神に障害をもつ人の地域での文化的に豊かな暮らしをどう支援していくかがあらためて問われてきており、自己実現や生活の質（QOL）という観点から学習・文化の保障が切実な課題として意識されるようになってきている。学習と文化の公的保障という点で、地域福祉とあわせて社会教育の役割が期待されるわけであるが、その際に精神に障害をもつ人を対象とした取り組みだけではなく、同時に差別や偏見の解消という課題がクローズアップされてくる。

そうした課題意識にもとづいて、障害をもつ人、とりわけ精神障害当事者の地域生活および学習・文化支援のあり方を探ることを目的に、まず事前準備として障害をもつ人の精神保健福祉・教育文化に関わる政策および当事者運動の世界的な動向に関する情報を得るべく、2007年に韓国のソウルで開催されたDPI（障害者インターナショナル）世界会議に参加した。それをふまえ、2009年には障害者福祉の先進地である北欧のスウェーデンとフィンランド、そして世界でいち早く精神科病院を廃止し、地域医療および生活支援に重点を置いた取り組みを進めているイタリアを訪れた。本稿では、そうしたところで実際に見聞したことがらについてまとめることを通して、あらためて先の課題について考察してみたい。

（１）DPI世界会議での議論

この会議では、以下のような全体会と分科会での報告と議論を通して、主に前年の2006年12月に国連総会で可決された障害者の権利条約の批准にむけての取り組みの課題を探ることがめざされた。

①全体会での報告

全体会では、障害者の権利条約特別委員会の初代議長であるルイス・ガレゴス氏（エクアドル）とドイツの弁護士であり、自身が薬害による身体障害者であるテレジ・デグナー氏による講演に加え、中国代表から中国障害者連合会の活動についての報告があった。ここでは、特にこの20年で1000万人の障害をもつ人がリハビリを受けることができ、障害児の就学率も2005年には80%と劇的に改善され、あわせて障害者雇用においてもこの5年間で400万人が新規に雇用されるなどの成果があり、そのことが障害をもつ人の人権状況の改善に大きく貢献している点が力説されていた。しかしながら同時に、地方を中心に1000万もの障害をもつ人がまだまだ貧困状況にあり、公正と正義を守り発展させるための取り組みが今後の重要な課題であることも指摘されていた。またメキシコの外務大臣からは、障害者の権利条約批准の取り組みが国際的な課題であり、そのためには国際間の協力を地域レベルで進めていくことが重要である点が強調されていた。

②分科会での議論

全体会に続き、36の分科会（ワークショップを含む）が開催され、その中で次の分科会に参加した。まず「障害をもつ人の政治参加」をテーマとした分科会では、日本、韓国、ラトビア、スウェーデンから、それぞれにおける障害をもつ人の政治参加がどのようになっているか、そしてそこでの課題は何かについて報告がなされた。特にこのテーマは、各国の政治体制と法制度に違いがあるため、それぞれの国の現状と基本的な課題を明らかにすることに主眼が置かれた感が強かった。

また「自立生活」をテーマとした分科会では、主として自立生活支援センターの取り組みに焦点を当てる形で、カナダ、パキスタン、韓国からの報告があった。カナダでは、米国とは異なるモデルづくりを模索しているとして、コミュニティを基盤とした生活ができるよう、関係機関、スタッフの研修などに力を入れている。その際のポイントは、地域住民として障害をもつ人も地域貢献ができるような自立生活をサポートすることであるという。それに対して、パキスタンでは宗教の影響によって、障害をもつ人は家族で面倒をみるという意識が強く、それが自立生活運動の阻害要因となっていることの問題が強調され

ていた。さらに韓国からは、日本と米国の事例に学びながら自立生活センターの立ち上げに取り組んだ結果、全国に60のセンターが設立され、それによって当事者の運動が発展してきていること、そしてその成果がバリアフリーや差別禁止の取り組み、福祉施策の充実につながってきている旨の報告がされた。それらの報告を受け、議論のまとめでは、特に自立生活運動は途上国では困難ながらも、少しずつ地域と社会を変えていく可能性があることが確認された。

一方、「文化生活、レクリエーション、スポーツ参加」の分科会においては、米国からスポーツにおける障害当事者の権利と題した報告がなされ、そこではスポーツ・レクリエーションが障害をもつ人の基本的な権利として保障されることの重要性があらためて指摘された。その際に観光も含め、アクセスの保障が不可欠であること、そしてそのためには資金や資源の面で国レベルの支援が必要であることが強調されていた。また日本からは、この間の国内における観光支援の取り組みの経緯が紹介され、以前は団体中心であったものが、最近では障害当事者個人を対象としたツーリズムの取り組みが進んでいることの意義が報告されていた。

さらに「遺伝学、安楽死、障害そして差別」をテーマとした分科会では、韓国から今でもいわゆる優性思想が根強くあり、障害児の堕胎が半ば公然と行われていることの問題が出され、それを受けてイタリアからは、障害の個人モデルから社会モデルの転換の必要性が指摘された。その際、とりわけ障害者の権利条約第10条の生存権の承認がポイントになることが確認された。また日本からは、脳性麻痺の障害当事者の運動の流れが紹介され、安易に安楽死や尊厳死を認める風潮に対しての警告と問題提起がなされ、その後の討論に結びついていった。

最後に「強制的治療と施設収容」をテーマとした分科会について。この分科会は、精神障害当事者の処遇をめぐる各国の対応の問題を議論することを目的に開かれ、韓国と日本から半ば強制的な監禁と施設収容の実態とその歴史的な経緯が報告された。特に韓国では、近年日本の後を追うように精神保健法が成立することによって精神障害をもつ人の病院送致が増加し、それに伴い精神科病院のベット数も増えていることの問題が強調されていた。その点で、とりわけアジア地域での精神保健医療と福祉、そして地域生活の支援体制づくりが急務であることが指摘された。

③障害者権利条約をめぐる

以上のような分科会での議論を垣間見ただけでも、それぞれの国や地域の個別事情を抱えながらも問題の多くが共通していることが明らかとなり、あらためて障害者権利条約の意義と役割が問われてきていることを実感した。2011年段階でこの条約を批准している国は、韓国を含め100を優に超えているにもかかわらず、日本政府は批准の意志を署名という形で表明しているものの、まだ批准には至っていない。特に現在多くの障害をもつ人からの批判と要望に応える形で自立支援法にかわる新たな総合福祉法の策定に向けた議論がされているものの、まだその成果はあらわれていないし、何よりも障害者権利条約批准の前提となる差別禁止法の策定も遅々として進んでいないのが現状である。

そうした問題を考える時に、北欧およびイタリアの取り組みは示唆的である。



(DPI 世界会議での分科会討議の様子)

(2) 北欧での調査

① ノーマライゼーションの先進国スウェーデン

スウェーデンでは、まずストックホルム市内にある国立障害児高等学校 (Riks Gymnasiet) を訪問し、学校長から説明を受けるとともに、実際の授業も見ることができた。見学したのは社会科の授業で、生徒たちが市内の見学地をどこにするかについて話し合いを行っていた。主に肢体不自由の障害をもつ生徒が通ってきているため、授業では生徒を補助する多くのアシスタントも授業に参加しており、こうした個別のサポート体制が充実している点が特筆される。

その後、主に知的障害および精神障害をもつ青年を対象に性の相談や性犯罪への対応を行っている相談所 (Ungdomsmottagning) を訪れ、そこでの取り組みについて職員であるソーシャルワーカーおよび保健師から話を聞いた。特に障害をもつ青年層にとって性の問題は重要であり、電話相談を含めきめ細かな対応をしている点が特徴である。北欧は、いわゆる性教育の取り組みも盛んであり、周知のように性に関してかなりオープンであるがゆえに、とりわけ若い障害をもつ人たちにとっては性の問題は具体的で、より切実である。と同時に、性的な欲求も人間としての当然の権利であり、それを含めてあらゆる要求に応えるサービスを追求している点から、あらためてノーマライゼーションの先進地の意味を知ることができたように思う。

また、50人ほどの知的障害と精神障害をもつ人が働くカフェテリアを訪れ、そこで食事をとりながら当事者と職員から説明を受けた。総じてこれまでの体験から北欧の料理はあまりおいしいものではないというのが正直な印象であったが、ここで出された食事はとてもおいしく、またメニューも豊富なものにも驚かされた。昼食時は満席となり、多くの客が食事をしながら談論している風景からもそのことがうかがえる。ここは、制度的にはス

ストックホルム市が運営するデイケアセンターとなっているため、運営費（人件費、材料費、水道光熱費など）はすべて公費でまかなわれている。そして支援するスタッフも市の職員であり、障害をもつ人は障害基礎年金とここで支払われる給与によって経済的に保障されているため、安心して働ける条件が整っている。障害者福祉の先進地といわれる所以である。あわせて、ストックホルム市立図書館を訪れ、デジタル図書など主に視覚障害をもつ人へのサービスについて具体的な説明を受けた。市レベルの図書館でも様々な障害をもつ人への支援が行われており、ハードとソフトだけではなく、人的な面でのサービスも整備されている。

さらに、同じストックホルム市内にある精神障害当事者のグループホームを訪ね、指導員からの説明をうけるとともに当事者への聞き取りなどを行った。一般のマンションのいくつかの部屋がグループホームとして提供され、当事者が個室をベースに食事等をともにしながら生活している。そこでは、指導員である市の職員が定期的に訪れ、生活上の様々な問題への対応と支援を行っているが、その際指導や管理ではなく、本人の主体性を最大限尊重しながらあくまでもサポートに徹している点が強調されていた。

あわせて、主に精神障害をもつ人が通ってくる障害者センター「Balder」を視察した。ここは、クラブ形式のミーティングとたまり場の機能をあわせもったようなところであり、また相談等のサポートも行っている。多くの精神障害当事者が利用しており、下の写真のようにゆったりとお茶を飲みながらそれぞれ自分なりの時間を過ごしている人も多い。

26年ほど前にスタートしたというこの施設は、誰でも好きな時にぶらっと立ち寄れるたまり場であり、時にはいっしょに食事をしたり、ミーティングをする場であり、そして余暇活動の場、それに相談的な機能と必要に応じて服薬も含めた医療的面からのサポートをする場。ただそれだけ、ほかに何も特別なことはなく、いたってシンプルである。そのことがポイントである点を強調しなければならない。



（障害者センター Balder の喫茶室でくつろぐ当事者）

②インクルーシヴ教育の先進国フィンランド

続いてフィンランドでは、まずヘルシンキ西隣のエスポー市にある大規模知的障害者居住施設「Rinne Koti」を訪問した。1972年に作られたこの施設は、400ヘクタールの広大な敷地の中にあり、現在自閉症や攻撃的な行動をとる重い障害をもった300人ほどが、それぞれ10人ほどの単位で様々なユニット（棟）に暮らしている。ここでは、住宅と医療・介護サービスのほか、文化・スポーツ活動なども多く提供されており、それぞれがプライバシーを尊重されながら暮らしている様子が伝わってきた。一見すると、日本のいわゆるコロニーのような大規模収容施設のように思われがちだが、それと決定的に違うのは、個々人の意思とプライバシーを最大限尊重しながら個別にサービスが提供されているという点である。

そのことは、ヘルシンキ北部のヒヴィンカーにあるサービスセンターオービックを訪れた時にも確認された。ここは聾啞者と盲聾者を対象とした施設であり、その一角には居住施設が設置されている。聾啞者のフラット（テラスハウス）で生活している障害当事者から話を聞いた時に印象的だったのは、ここでの生活を自分のスタイルで楽しんでいるということ。個別の支援サービスが充実しているからこそ、衣・食・住を自分の好みによって選択できる。それがつまり、障害の別なく人間としての当然の権利であり、ノーマルな生活の質が保障されているということである。

そのほか、ヘルシンキにある主に知的障害をもつ人のグループホームを見学したが、ここは、知的障害者親の会が運営するグループホームの1つであり、主として軽度の障害をもつ人が生活している。建物はヘルシンキ市が提供し、運営を親の会が行っているという。その日の夕方に、同じ市内で実施されている主に知的障害をもつ人たちの文化活動の様子を見学した。この時は、みんなで歌をうたうグループと話し合いをするグループに分かれて活動を行っていた。休日ではなく、平日の夜に、つまりアフターファイブとしてこうした文化活動をしているという点が、日本と比較した場合の特徴であり、しかも福祉施設や障害者専用の施設などではなく、市内の一般の集会施設を利用して行われているという点も特筆される。



(アフターファイブを楽しむ)

一方、いわゆる障害児教育の取り組みについては、エスポー市にある就学前教育（エシコウル）を行っている2つ施設を見学した。ひとつは就学前1年と小学校1、2年生が通う学校であり、木材をふんだんに使った広い施設の中で子どもたちが生き生きと活動している様子が印象的であった。もう一つは就学前教育のみを行っている施設で、そこには多くの障害をもつ子どもが障害をもたない子どもと一緒に学んでおり、その授業の様子を見学することができた。日本でも特に障害児の就学前教育の必要性が叫ばれているが、北欧ではすでに10年ほど前から実施されており、障害をもたない子どもは1年間、障害をもつ子どもは2年間こうした学校や施設で学ぶことが保障されている。ここからも、世界でもトップクラスの学力の高さを誇るフィンランドの教育制度の充実ぶりがうかがえる。

あわせて、同じ市内にあって障害をもつ子どもともたない子どもがともに学んでいるオーロラ小学校を訪れ、校長から話を聞くとともに実際の授業の様子も見学した。この学校は、インクルーシヴ（包み込む）教育の先駆的取り組みとして有名なところであり、その点を校長も強調していた。見学した授業は、国語の文法を演劇の形態を通して学ぶという、興味深い方法と内容であり、教室内に作られたステージでは、子どもたちがグループで話し合いながら演じ、それを観客であるほかの子どもたちが拍手を送って応援していた。この授業を担当している教員は、劇という形態にこだわる理由について、ロールプレイによる役割意識と身体表現を通した相互の学び、つまり演じる人間と観客との相互作用による学びの確かさであることを強調していたが、こうした工夫がインクルージョンの内実を支えているのだといえよう。



(オーロラ小学校での国語の授業風景)

放課後に、同じくこの学校で行われている学童保育の様子も見学することができた。同じように障害をもつ子どもたちが、障害をもたない子どもたちに混じってブランコや縄跳び、サッカーなどを楽しんでいたが、学校での授業だけでなく放課後の活動も一緒に行うことでインクルーシブ教育の成果を生みだしている様子の一端をうかがうことができたように思う。

③北欧の豊かさ

上述の調査で実感したことを一言で表現すれば、「一人はみんなのために、みんなは一人のために」地域社会そして国が成り立っているということ。そのことは、以前に訪れたデンマークとノルウェーでも感じたことであるが、一人ひとりがお互いに、つまり社会によって支えられているという安定感があり、それゆえ安心感がある。暮らしぶりや物的な面からいえば、質素であり、例えば夜の街灯やライトの薄暗さ、コンビニや自動販売機などはほとんど見られないこと、新聞紙などによる簡易な商品包装などからもうかがえるように、日本に比べエネルギー浪費ははるかに少ない。環境問題から見てこれが大切なことはいうまでもないことであるが、同時に社会全体としてはとても豊かで安心感がある。それが、おそらく「パブリック」ということになるのではないかな。

その意味で、どんなに政権が変わろうとも福祉の基本法である社会サービス法の精神はかわらない、そういった雰囲気が伝わってくる調査でもあった。確かに財政的な問題で福祉の予算が減らされてきているといった話は聞いたが、それが日本の障害者自立支援法のレベルではなことは容易に想像できる。「持続可能な社会」というイメージは、おそらくこういった社会なのではないかとも思ったしだいである。

さて、今回の調査で特に印象的だった訪問先のひとつが、前述したストックホルムの精

神障害者センター「バルデル」である。ここからは、福祉の先進国といわれるスウェーデンにおける精神保健福祉サービスの一端を見ることができたように思う。ひるがえって日本はどうか？そう考えた時に、あらためて自分が関わってきている障害をもつ人が働く喫茶コーナーに思いがおよび、はからずもそのイメージと重なってきた。この間、日本で精神障害関係の喫茶コーナーが増えてきているのは、その意味で偶然ではない。大事なポイントは、往々にして日本の病院などの中に見られるデイケアのための大げさな施設や設備、プログラムなどではなく、いつでも気楽に行くことができ、談論したり、思い思いの時間をゆったり過ごす場であり、そして時間である。そう実感した調査でもあった。

(3) イタリアでの調査

①精神保健福祉改革の経緯とその後の展開

イタリアでは、もともと 100 年ほど前に精神科病院がつけられたが、1930 年代に入ると鉄格子が付けられ、患者を閉じ込めておくだけの閉鎖的な病院体制が確立し、第二次世界大戦後も日本と同じようないわゆる収容主義的な精神科病院が主流となる。それが、1970 年代に入り改革が進み、世界的に精神科医療制度の改革が進む中で、イタリアではいち早く公立の精神科病院への入院を禁止する画期的な法律が成立する。1978 年の法律 180 号がそれである。

その第 6 条第 1 項では、「精神病に関する予防、治療、リハビリテーションという措置は、通常、病院以外の居住地区の精神医療拠点機関とその事業によって実施される。」(傍点引用者)と規定され、さらに第 7 条第 6 項では「いずれにせよ、新しい精神病院を建てること、既存の精神病院を一般総合病院の精神科専門の部門として利用すること、一般総合病院の中に精神科部門あるいは精神科を設けて、それらを神経科部門あるいは神経科、そして精神神経科部門あるいは精神神経科として利用することのいずれもが禁止される。」(大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』岩波書店、2010 年の付録資料より)と明記された。すなわち、専門の精神科病院 (manicomio) の利用、つまり入院のみならず、一般の総合病院の中に専門の精神科等を設けてそこへ入院することも禁止し、例外的措置として緊急入院が必要な事態に対処するため、総合病院の中に小さな病棟 (ベット数 15 床以下) は認めるものの、基本は精神障害に対応する拠点機関を居住地域に設置するというものである。

これによって精神科病院からの退院が促進され、障害をもつ人たちの地域生活が可能となったのである。その成果が、OECD の調査 (2002 年) によると 2000 年段階で人口 1000 人当たりの精神病床数が 0.2 と、世界で最も少ない数となっていることに端的にあらわれている。ちなみに日本は 2.8 と、先進国の中でも突出して多く、その差は歴然としている。例えば、スウェーデンは 0.6、ドイツは 1.3、米国は 0.3、韓国は 0.9 などとなっている。(『精神保健福祉白書 (2011 年版)』中央法規、2010 年、より)

ヴェローナ大学精神医学科の L. ブルチ (Lorenzo Burti) 教授の資料および説明によると、法律 180 号は精神疾患における公的サービスの根本的な改革であり、全国的な地域精神保健システムの構築によって伝統的な公立 (県立および州立) の精神科病院を廃止する断固たる公約としての意味を有しているという。なぜなら、これ以前の法律である 1904 年法律 36 号は、障害当事者の治療よりも社会的統制の面に重点が置かれ、精神障害は犯罪などの危険性が高いと見なされたため、警察長官が指名した医師によって 30 日間の拘

留が行われるとともに、拘留された人は犯罪歴をもつ者として登録され、さらに市民権を奪われて精神科病院への長期の強制入院が裁判所によって命じられる内容になっていたからである。

それによって、多くの精神障害をもつ人が大きな精神科病院に収容され、そこでは日常的に人権侵害が行われ、非人間的な扱いがされていたという。この点は日本の状況と似ていたわけであるが、ようやく第2次世界大戦後そうした問題への批判が増大し、1960年から70年代にかけてのいわゆる脱施設化の動きに呼応する形で法律180号が成立するのである。

このような動きは、例えばスウェーデンなどでは重度の患者を収容する精神科病院を残しながら徐々に前述した精神障害者センターのような地域支援サービスの取り組みに移行していった流れと比べ急速に進められていった点が特徴である。同じくブルチ教授の資料によると、それまで一貫して増え続けていた年間の公立病院への新入院患者数は、法律180号成立前後から急速に減少し、その結果1984年までに、つまり法律が施行されて6年余で全体の入院患者数も約6万人から3万人に半減したということである。それに相応して、総合病院の病床に適度な回転ドア現象、つまり入院しても短期で退院していく状況がつくり出されるようになったという。

こうした急激な変化は、同じように脱施設を進めた米国にも見られたわけであるが、決定的に異なるのはその後の対応である。精神科病院を閉鎖して一斉に精神障害をもつ人を退院させたが、地域支援サービスが整備されない中で多くの人がホームレスにならざるをえなかった米国の状況とは対照的に、イタリアでは、法成立後から徐々に地域でのアウトリーチサービスとコミュニティケアの体制を整備し、デイケアの取り組みなどを拡充していったからである。

さらに1994年の国の精神保健プランによって、人口15万人あたりを責任圏域として精神保健局を設立し、次のようなサービスが提供されることとなった。まず地域の支援サービスの中核機関である地域精神保健センター（Community Mental Health Centre）の機能を広げて、外来患者のケアと危機介入、家族サポート、ケースマネジメントと健康管理、リハビリと職業訓練、就業支援や地域生活支援などを行う。また総合病院の精神科病床を人口1万人に対し1床設置、あわせて短期入所施設を同じく1か所設置する。さらに地域のグループホームの拡充とともに、かつての精神科病院入院患者を含む慢性の精神障害をもつ人の生活を支える居住施設を人口1万人に対し1か所設置するというものである。

上述のような取り組みによって、1990年代には多くの成果が得られたとしてブルチ教授は、イタリア全土にわたって入院患者と通院患者に対するサービスの包括的（comprehensive）ネットワークがつくられるとともに、治療共同体ともいえるべき居住・半居住の施設が実現した点を強調し、具体的に主に次のような成果を披歴した。第1に急性期対応の病床数の減少であり、第2には総合病院の精神科への入院率の確実な減少、第3に地域精神保健センターの拡充であり、2000年段階で695か所となっている。これは人口15万人あたり1.8か所の割合（基本的な地域保健ユニットの大きさに相当）になるという。第4に居住施設の拡充、そして第5としてセルフヘルプ（自助）グループや社会的協同組合など、障害当事者の取り組みの広がりであり、それがNPOなど民間レベルの支援などによって発展してきているという点である。

こうした成果をふまえ、イタリアの公立精神科病院はついに終焉を迎えることになる。1996年度の財政法によって、1998年までに公立病院の閉鎖が実現したからである。

次に、これまで述べた取り組みの先進地である以下の地域を訪れ、そこでの具体的な取り組み状況について紹介してみたい。

②トリエステ市での調査

トリエステ (TORIESTE) は、イタリア北東部に位置し、旧ユーゴスラビア、現在のスロベニアと国境を接する人口 20 万人余の街である。この街から、前述したイタリア精神保健改革が始まったとされるわけであるが、その改革を担ったのが、トリエステの町はずれにある広大な敷地に建てられ、病棟だけでも 10 棟以上を有する県立のサン・ジョバンニ精神科病院の院長であった F. バザーリア (Franco Basaglia) である。先に紹介した法律 180 号の別名がバザーリア法といわれているところからもそのことがうかがえるだろう。この病院は、建設当時モダンな建物として、最も多い時には 1200 人余りの患者を収容していたのだという。

サン・ジョバンニ精神科病院の解体にむけてバザーリアが最初に取り組んだのは、それまでの経験を生かして鉄格子と鍵のかかるドアをなくし、病院を自由に出入りできるようにすることであった。これによって日常的な患者同士の、そして患者とスタッフのコミュニケーションがとれることがめざされたのである。その結果、患者から多くの不満や批判が出されることとなり、それをもとに話し合いが、しかも患者・医師・看護師等が平等な関係のもとで行うことが追求されたという。さらに入院患者に作業療法の名のもとに行わせていた無償の労働行為をやめさせ、通常の正当な労働としての対価を支払うことで患者の人間としての尊厳を回復させようとした点も特筆される。それが、後述するイタリアでの社会的に弱い立場にある人たちのための協同組合、すなわち社会的協同組合へと発展していくきっかけとなったからである。

それとともに、バザーリアは、患者が病院から自由に外出することが地域住民の不安を高めることにならないよう、人々の差別意識や偏見を解消し、地域の理解とつながりを広げるため、何度も地域に出向き住民との話し合いを重ね、精神障害をもつ人の犯罪率の低さや障害をもつ人が同じ人間としての尊厳と能力を有していることなどをくりかえし訴えたという。そうした中でユニークな取り組みも行われた。木と模造紙でつくった大きな張り子の青い馬「マルコ」を先頭に、400 人余の入院患者と数百人のスタッフ・市民が患者の病院からの解放を訴えてトリエステの市内にくり出し、市内の大きなホールで市民との話し合いがもたれたのである。1973 年のことである。



(青い馬「マルコ」像)

さらに病院の広い庭園で患者と地域住民がともに集い、交流できるような演劇や著名な音楽家を呼んでのコンサート等多彩な文化的イベントを開催するなどしながら、患者が一般市民としての地位を回復できるよう、つまり「客（オスピテ）」として位置が与えられるための措置をとる。ここでいう「客」とは、治療などは必要がないが、住む家がない、仕事がない、家族の受け入れがないなどの理由によって現実に退院ができない人たちであり、その人たちが客としてふさわしい待遇がされるよう、病棟のいくつかを寮につくりかえたのである。病院を廃止した段階で、これらの寮に生活している人たちは400人余であったという。

こうした一連の取り組みの根底に流れるバザーリアの基本理念は、「自由こそ治療だ“LA LIBERTÀ È TERAPEUTICA”」であり、これがイタリアの精神保健改革のスローガンとなっていくのである。

このようにして入院患者を徐々に退院させると同時に、退院した精神障害当事者の地域での生活を支えるため、病院のスタッフは地域に出てアウトリーチ活動を展開するようになり、さらに1974年にはトリエステに精神保健センターができることで、地域支援の基盤が整っていく。そして退院によって使われなくなった病棟や施設は、積極的に地域に開放され、幼稚園やアパートのほかコンサート、映画会などの会場として活用されていくことによって、病院はその機能を縮小させていくのである。

こうしたトリエステでの取り組みは、精神医療改革の先駆的モデルとしてイタリアのほかの地域にも大きな影響を与え、当時の左翼政党などからの強い支持もあって法律180号の成立につながっていく。このような流れを受けて、1980年に県当局はついにサン・ジョバンニ精神科病院の機能停止と廃止を決定するのである。

調査では、まず廃止されたサン・ジョバンニ精神科病院の施設の一角にあるトリエステ精神保健局を訪ね、担当の職員および医師より、先に述べたような病院廃止までの取り組

みの経緯について話を聞くとともに、病院跡地を見学した。当時の病院の病棟や施設の多くがそのまま残されており、トリエステの特徴的建築様式である石造りと黄色を基調とした壁の建物が広大な敷地に建てられているのが目を引いた。そのうちの多くが現在でも、さまざまな形で使われており、また広い庭園や並木道なども整備されて、市民の散歩や憩いの空間としても利用されている。と同時に、廃屋や廃墟となった古い建物からは、当時の牢獄のような病棟の雰囲気が伝わってきた。こうした建物を解体せずにそのまま残しておくことによって、障害をもつ人の人権を無視し、非人間的な扱いをした過去の過ちを後世に伝える意味ももたせているのだらうと推測される。



(廃屋となった旧サン・ジョバンニ精神科病院の建物)

また、精神保健局のある旧病棟の玄関近くには、先述の「マルコ」の像が置かれていた。当時の取り組みのシンボルとされているが、なぜこの馬が病院の開放と解体運動の象徴となったのか。患者のシーツを回収するため多くの病棟を回る際に、その車を引いたのが馬の「マルコ」であり、患者から慕われ、かわいがられたのがその理由であるという。

その後、トリエステ市内の2つの精神保健センター（サン・ジョバンニ地区とバルゴラ地区）の視察を行い、それぞれ担当の職員から話を聞くとともに、施設の様子を見学した。2つの施設とも居場所および相談機能を中心に、簡単な診察と服薬を目的とした診療所および入院やデイホスピタル用のベットを併設している点が大きな特徴となっている。

特にバルゴラ精神保健センターは、1974年に開設されたイタリア最初の精神保健センターであり、食堂も設置されていることから、日常的に来て食事をしながらゆったり時間を過ごすことができる。またスタッフによる支援体制も整っており、24時間フルにサービスを提供しているという点も特筆される。さらに驚いたのは、このセンターがある場所はトリエステのいわゆるリゾート地区となっており、センターの隣には5つ星のホテルが建てられていたことである。日本であれば、いわゆる迷惑施設の烙印を押されるような障害者関係施設の隣どころか近辺にさえも高級ホテルがあるなど、まず考えられないわけで

あるが、それについて、職員に聞いたところ、これまで特に問題は起きていないということであった。

いずれのセンターにも多くの精神障害をもつ人が来ていて、建物の中だけではなく庭や敷地等でそれぞれにリラックスした様子で時間を過ごしていた。

なお、あわせてこのトリエステに関して強調しなければならないのが、先に触れた社会的協同組合（cooperativa）の取り組みである。トリエステ精神保健局での説明によると、この組合は、国からの補助金を得ながら、精神障害をもつ人たちが自ら仕事をつくり出すことを目的に、いろいろな活動を展開しているという。そこで特に印象的だったのは、一般の企業と同じように企業精神で運営している点が強調されていたことである。精神保健局の近くには、社会協同組合として運営されているレストランとパール（カフェ）の「莓の家」があり、昼食時には多くの客でにぎわっていた。この建物はもともと病院の倉庫だったということで、それを改装したのだという。

その後、同じく社会的協同組合として運営されている3つの施設を見学した。ひとつは古着をリサイクルして商品化している所、もうひとつがホテルである。特に社会的協同組合がホテルを経営していることに驚いたが、建物自体は大きくはないが落ち着いたある雰囲気、テラスからは街の美しい風景を楽しむことができる。またここにはパールもあり、そこでも障害当事者が働いていて、こうした取り組みの広がりが実感として伝わってきた。さらに3つ目が、精神障害当事者が企画運営しているラジオ局である。若いメンバーが中心となって、主に音楽等の番組を提供するとともに、障害をもつ人むけの日常的な情報も適時提供することで、障害当事者にとって貴重な文化と情報入手の媒体となっているということである。

このような社会的協同組合は、イタリアでは2008年段階で約2,500余組織され、そこに約3万人が働いているという。

②ヴェローナ市での調査

トリエステの次に訪れたのがヴェローナ（VERONA）である。ヴェローナは、イタリアの北部に位置する人口26万人余の街で、古代ローマ時代の円形劇場（アリーナ）をはじめ歴史的な建物や遺跡などが数多く保存されている。さらにかの有名な「ロミオとジュリエット」がこの地の実話に基づいて作られた関係で、ロミオとジュリエットのそれぞれの家や墓などが残されていることもあって、有数の観光地としても知られるところであり、訪れた際にも多くの観光客で賑わっていた。

ここには、先に紹介したブルチ教授が教鞭をとっているヴェローナ大学があり、教授の計らいで大学の宿泊施設を利用することができた。また彼は、ヴェローナ市の精神保健福祉サービスの責任者でもあることから、ヴェローナ大学付属病院の精神科病床を案内してもらった後に、前述したイタリアの精神保健改革の歴史に加え、ヴェローナでの精神科病院の廃止とその後の新しいシステムづくりの経緯についても詳しい話をうかがうことができた。

その中で、彼自身が関わったヴェローナでの精神科病院の開放と廃止の取り組みの様子を撮影したビデオが紹介されたが、そこで印象的だったのは、大道芸人とともに患者が病院から街に行進していく場面であり、前述のトリエステの取り組みのイメージと重なるシーンでもあった。ブルチ教授自身、米国での投薬を行わない治療を実践しているソテリ

アハウスでの研修経験をベースに精神医療改革にコミットしてきた人であり、精神障害をもつ人を病院から解放し、地域で人間として生きられるための支援のあり方を一貫して追求してきた人である。そうした点から彼が強調していたのが、ひとつは精神保健センターを拠点としたチームによるアウトリーチサービスであり、もうひとつがセルフヘルプ（自助）グループの取り組みである。

前者については、精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、看護師そして医学生が一つのチームを組んで、包括的地域支援プログラムを実践していくという方式である。これは、特に地域にサービスの包括的ネットワークがない場合には重要であるということである。後者については、当事者によって主に統治されていること、参加は自発性を原則とすること、ヒエラルヒーは最小限にすること、スタッフはメンバーシップに応じ、メンバーはスタッフを利用すること、アプローチは医学的ではなく、支援とケア・教育・カウンセリング・権利擁護・情報・政治的行為を含むこと、住まい・安全・労働といった基本的ニーズの達成がゴールであること、といったセルフヘルプの原則に則って運営される。ヴェローナのこうしたセルフヘルプグループは、精神保健局と連携しながらプログラムを実施しており、さらに2002年からは社会的協同組合をつくって活動しているということである。

また、廃止された病院施設の一角に設けられている精神保健センターを見学し、担当の臨床心理士から説明を受けた。このセンターは、ヴェローナ大学付属病院の精神科と連携しながら運営されており、ブルチ教授が強調したチームとしての取り組みを重視しているという。このセンターの機能は、トリエステのそれと基本的に同じだが、さらに学習・文化活動が行える部屋もあり、そこには地域の一般市民も参加しながら講座やサークルの形態で絵画や音楽等の活動も行われている点が注目される。



（ベローナ市の精神保健センターの中にある文化活動等を行う部屋）

さらに、サンジャコモ地区にあるセルフヘルプグループの活動を見学した。このグループは1995年から活動を始め、その後社会的協同組合として、居住施設と就労の機会を提供する取り組みをしているという。訪問した日は、市内のコミュニティセンターの1室で

ミーティングを行っていたが、参加者が訪問した筆者らのためにそれぞれの自己紹介をしてくれた。そこでの、メンバーから様々な活動を通して地域での生活をつくり上げてきた経験や自らの病識について、時にはユーモアを交えながら雄弁に語られる姿から、セルフヘルプグループのもつ意義と役割について再認識することができた。

③アレツォ市での調査

アレツォ (AREZZO) は、イタリア中部に位置する人口 9 万人余の街である。もともと聖地であったということから、街の中には多くの荘厳な寺院があり、美しい中世の歴史を感じさせる。特筆すべきは、この市では、法律 180 号ができる 10 年も前に新たな公立の精神科病院を建設しないことや地域の包括的な精神保健サービスを提供することによって入院患者を減らすことを地方議会で決議したという点である。

そうした先進的な取り組みについて調べるために、市の精神保健センターを訪ね、担当の職員および医師から話を聞いた。それによると、先の議会での決議を受け、当時バザリアの共同研究者であった医師が赴任し、精神科病院の解体と地域での支援サービスプログラムの作成に着手する。その要点は、病院にかわる代替の地域支援サービスを構築するために病院のスタッフを地域支援サービスの部門に異動させるとともに、いわゆる急性期の患者に対しても総合病院で対応できるよう密接な協力体制をとるというものである。1974 年に 2 つの地域精神保健センターを立ち上げた結果、精神科病院への入院数は劇的に減少し、それに対応する形で地域支援サービスの充実が図られたという。その後新たに 2 つの地域精神保健センターがつくられ、24 時間体制でサービスを提供しているが、それらのセンターを統括する役割を市の精神保健センターが担っているということである。

このセンター長をしているダルコ医師によると、この間特に力を入れているのは、初期対応と予防であり、定期的にセンターのスタッフである看護師等が障害当事者を訪問し、問題があればすぐに医療的な対応を行うことや自閉症などの発達障害に対しては学校入学前から学校と連携しながら教師の学習会などを組織化しているという。アレツォが精神保健そして福祉の先進地といわれる所以である。

その後、ダルコ医師の案内で精神科病院跡およびアレツォ総合病院の精神科を見学。廃止された病院跡の建物は、美術学校や薬局、地域集会施設などいろいろな施設等に使われていた。その中のかつての重度の女性患者を収容していた病棟は現在看護学校になっているが、看護学生に、当時の精神科病院における患者処遇の問題を考えてほしいという願いも込められているということである。そうした旧病棟の中で最も衝撃を受けたのが、一番奥にあった最重度の患者を収容していたという薄暗い建物であり、当時不潔棟などと呼ばれていたという。ここでは、患者を一日中鎖につなげておくなど、極めて非人間的な扱いをしていたところだとダルコ医師が強調していたことが、今でも鮮明に思い出される。

また、現在主に精神障害当事者のグループホームとして利用されているという建物も見学した。残念ながら中を見ることはできなかったが、外壁には様々な落書きがされていた。それにはかつての病院への批判や揶揄の意味も込められていたのかもしれない。また、その建物の一角には、社会的協同組合として運営されているパールもあり、ゆったりとお茶を飲みながら時間を過ごしている人たちの姿が印象的であった。

以上のようなイタリアの取り組みから学ぶべき点は多いが、とりわけ地域の精神保健センターを中心に医療、福祉、文化の支援を総合的にを行い、それをセルフヘルプグループや社会的協同組合のような当事者自身の活動につなげながら就労と生活そして文化保障を実現している点は重要である。

先に述べたように、日本は先進国でも精神障害をもつ人の精神科病院への入院率が極めて高く、それゆえに地域での保健医療と福祉的なサポートが遅れている国である。しかも、精神科病院の中でも私立病院の占める割合が非常に高く、病院経営という面に精神科医療の多くが左右されているといっても過言ではない状況にある。近年の精神医療改革の流れである入院患者の退院と地域サポート体制の促進の取り組みが、都市部などでは地域支援センターや作業所、中間施設としてのグループホームなどの広がりも見られるものの、一方で病院施設内でのデイケア等の事業拡充等に象徴される、新たな精神科病院への囲い込みともいえる状況をつくり出してきている。

そうした面からも、イタリアそして北欧の取り組みのもつ意味と先進性に注目していくことが求められるのではないか。その際のポイントは、精神保健センターのような地域の医療と福祉、教育文化支援のための拠点の整備とアウトリーチサービスのネットワーク化、そしてセルフヘルプグループの組織化と支援によって、精神障害当事者の「リカバリー(recovery)」の実現をめざしていくということである。

ここでいうリカバリーとは、症状や障害の消失・軽減という結果を意味するものではなく、人生の新しい意味と目的の創造にむけてのプロセス、すなわち症状や障害をもちながらも人間としての尊厳と希望の回復、自ら設定した目標にむけ地域生活を具体化していくプロセスを意味しているのである。

* 本稿は、主として調査先で見聞および入手した情報・資料をもとにしているが、そのほか以下のような文献資料も参考にした。

- ・ 藺部英夫『北欧考える旅』全国障害者問題研究会出版部、2009年
- ・ S. シュミット、半田文穂訳『自由こそ治療だ』社会評論社、2005年
- ・ トリエステ精神保健福祉局編、小山昭夫訳『トリエステ精神保健サービスガイド』現代企画社、2006年